

**FOLHA DE CODIFICAÇÃO
INTERNAMENTO
2011**

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE (quando possível, substituir por vinheta contendo a informação correspondente)

1. Nome			
2. Nº do processo clínico		3. Nº de Utente	
4. Nº do episódio		5. Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
6. Data de Nascimento		7. E.F.R.	
8. Nº de Beneficiário			
9. Distrito/Concelho/Freguesia			

10. MÉDICO CODIFICADOR		Nº Ordem dos Médicos	
11. MÉDICO RESPONSÁVEL		Nº Ordem dos Médicos	
12. OPERADOR		Nº Mecanográfico	
13. DATA			

14. NATUREZA DA ADMISSÃO			
14.1. TRANSFERIDO DE:			
14.2.	ADMISSÃO PROGRAMADA	<input type="checkbox"/>	14.2.
	ADMISSÃO NÃO PROGRAMADA	<input type="checkbox"/>	

15. EPISÓDIOS CIRÚRGICOS	
15.1.	Data da 1ª intervenção cirúrgica: _____

16. TRANSFERÊNCIAS ENTRE SERVIÇOS			
16.1. 1º SERVIÇO		CÓD:	
16.1.2.	Data de Admissão	Hora	
16.1.3.	Data de Alta	Hora	
16.2. 2º SERVIÇO		CÓD:	
16.2.1.	Data de Admissão		
16.2.2.	Data de Alta		
16.3. 3º SERVIÇO		CÓD:	
16.3.1.	Data de Admissão		
16.3.2.	Data de Alta		
16.4. 4º SERVIÇO		CÓD:	
16.4.1.	Data de Admissão		
16.4.2.	Data de Alta		
16.5. 5º SERVIÇO		CÓD:	
16.5.1.	Data de Admissão		
16.5.2.	Data de Alta		
16.6. ÚLTIMO SERVIÇO		CÓD:	
16.6.1.	Data de Admissão		
16.6.2.	Data de Alta	Hora	

17. DESTINO APÓS A ALTA			
17.1. PARA O DOMICÍLIO			
17.1.1.	Hospital de Dia	<input type="checkbox"/>	
17.1.2.	Consulta Externa do Hospital	<input type="checkbox"/>	
17.1.3.	Consulta Externa de Outro Hospital	<input type="checkbox"/>	
17.1.4.	Centro de Saúde / Médico de Família	<input type="checkbox"/>	
17.1.5.	Serviço Domiciliário	<input type="checkbox"/>	
17.1.6.	Sem Outra Especificação	<input type="checkbox"/>	
17.2.	SAÍDO CONTRA PARECER MÉDICO	<input type="checkbox"/>	
17.3.	FALECIDO	<input type="checkbox"/>	
17.4. PARA OUTRA INSTITUIÇÃO COM INTERNAMENTO			
17.4.1.	Hospital do S.N.S.	<input type="checkbox"/>	
17.4.2.	Centro de Saúde	<input type="checkbox"/>	
17.4.3.	Outro Hospital	<input type="checkbox"/>	
17.4.4. CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS			
17.4.4.1.	Unidade de convalescença	<input type="checkbox"/>	
17.4.4.2.	Unidade de média duração e reabilitação	<input type="checkbox"/>	
17.4.4.3.	Unidade de longa duração e manutenção	<input type="checkbox"/>	
17.4.4.4.	Unidade de cuidados paliativos	<input type="checkbox"/>	
17.4.4.5.	Unidade de AVC	<input type="checkbox"/>	
17.5.	TRANSFERIDO PARA:		
17.6. MOTIVO:			
17.6.1.	Para seguimento	<input type="checkbox"/>	
17.6.2.	Por falta de recursos	<input type="checkbox"/>	

18. RECÉM NASCIDOS	
18.1.	Peso à nascença (gramas) _____

19. OUTRAS INFORMAÇÕES	
19.1.	Nº de dias em Cuidados Intensivos _____
19.2.	Semanas de gestação _____
19.3.	Nº de dias em ventilação mecânica invasiva _____
19.4.	Antibioterapia: Terapêutica <input type="checkbox"/> Profilática <input type="checkbox"/>

19 OUTRAS INFORMAÇÕES (Continuação)	
19.5	Infecções nosocomiais <input type="checkbox"/>
19.6	Bilateralidade <input type="checkbox"/>
19.7	Simultaneidade <input type="checkbox"/>
20 DIAGNÓSTICOS	
20.1	P
20.2	
20.3	
20.4	
20.5	
20.6	
20.7	
20.8	
20.9	
20.10	
20.11	
20.12	
20.13	
20.14	
20.15	
20.16	
20.17	
20.18	
20.19	
20.20	
21 PROCEDIMENTOS	
21.1	
21.2	
21.3	
21.4	
21.5	
21.6	
21.7	
21.8	
21.9	
21.10	
21.11	
21.12	
21.13	
21.14	
21.15	
21.16	
21.17	
21.18	
21.19	
21.20	
22 CAUSA EXTERNA	
—	
—	
—	
—	
—	
23 MORFOLOGIA TUMORAL	
—	
—	
—	
—	
24 Resultado do episódio de internamento _____	